

Apellidos y nombres: Puesto:
 Área /empresa: Fecha:

¿Has tenido contacto con personas que han retornado de los países de alta incidencia de casos por coronavirus en las últimas 02 semanas?

.....

¿Has tenido contacto con personas que han sido confirmados como pacientes por coronavirus en las últimas 02 semanas?

.....

¿Presentas algunos de estos síntomas? Marque con una X de ser afirmativo.

Tos	<input type="checkbox"/>
Flema (amarillo verdoso)	<input type="checkbox"/>
Fiebre	<input type="checkbox"/>
Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/>
Dificultad para respirar	<input type="checkbox"/>
Dolor estomacal/ diarrea	<input type="checkbox"/>
Cansancio o debilidad	<input type="checkbox"/>

¿Has acudido al médico?

Si ☐
 No ☐

Indicar establecimiento de Salud:

Si la pregunta anterior es afirmativa, indicar y/o adjuntar diagnóstico y recomendaciones médicas

.....

Presenta Ud. enfermedades crónicas declaradas o condiciones de riesgo (incluye a trabajadores de sesenta años o más), según lo dispuesto por la autoridad nacional de Salud. En caso contrario, estas condiciones deben declararse.

Si ☐
 No ☐

De ser afirmativa la pregunta anterior, indicar en que grupo de riesgo se encuentra:

☐ Contar con 60 años de edad a mas
☐ Enfermedades de inmunosupresión
☐ Diabetes
☐ Asma
☐ Obesidad
☐ Hipertensión arterial
☐ Enfermedades cardiovasculares
☐ Enfermedad pulmonar crónica
☐ Cáncer
 Otros:

Declaro que la información proporcionada en el presente formulario es veraz, asimismo acepto estar sujeto a los lineamientos que disponga LAYHER PERÚ en este periodo de emergencia sanitaria por COVID-19.

.....
 Firma

INFORMACIÓN IMPORTANTE:

Le solicitamos se abstenga de reincorporarse/ ingresar a las instalaciones de Layher Perú si en los últimos 14 días a presentado síntomas compatibles con la infección por Coronavirus o ha mantenido contacto con alguna persona cercana / familiar que tenga la infección o se encuentre en sospecha de infección.